

<兵様式1>兵庫県看護協会セカンドキャリア（プラチナナース）人材登録申請書

登録月日： 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日
			西暦 年 月 日 (歳)
自宅	(住所) 〒 -		
	(TEL)	(FAX)	
	(携帯TEL)		
	(携帯メールアドレス)		
所属施設	有	施設名：	
		所属部署：	
		住所：〒 -	
		(TEL)	(FAX)
	無	離職年月日：	年 月 日
職種の実務経験	保健師 年、助産師 年、看護師 年、准看護師 年		
経験分野	経験された領域・分野に印をつけてください <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 母性 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> 管理 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 災害時の保健活動 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入：)		
就労希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
eナースセンターへの登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
支援事業への希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
活動可能範囲	該当する項目に印をつけてください <input type="checkbox"/> 1.居住地周辺 <input type="checkbox"/> 2.本会 <input type="checkbox"/> 3.居住地からの通勤可能範囲 <input type="checkbox"/> 4.県内ならどこでも可（宿泊可能）		
活動日数・時間	該当する項目に印をつけ、()内は曜日を記入してください <input type="checkbox"/> 1.週5日 <input type="checkbox"/> 2.週に2～3日程度 <input type="checkbox"/> 3.週に1日 <input type="checkbox"/> 4.週に半日 <input type="checkbox"/> 5.週に3時間以内 <input type="checkbox"/> 6.その他() <input type="checkbox"/> 7.希望曜日()		
要請への対応	該当する項目に印をつけ、()内は数字を記入してください <input type="checkbox"/> 1.いつでも可 <input type="checkbox"/> 2.準備に数日かかる()日間 <input type="checkbox"/> 3.その他		
支援事業を希望されている方で、活動できる具体的な内容、協力できる領域や内容・方法を具体的に記載してください。 例：電話相談（看護に関する事、就業に関する事など）、研修会の講師（看護基礎技術・接遇・医療安全・災害など）			

*ご記入いただいた内容は、本会の個人情報保護方針及び規程に基づいて適正に管理します。